

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Nome completo:					
Nacionalidade:		Estado civil:		Profissão:	
CPF:		RG:		RE:	
Endereço:				N°:	Apto:
Bairro:		Cidade:		UF:	CEP:
E-mail:					

DECLARO que sou pobre, na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para pagar as taxas processuais e eventuais honorários advocatícios sucumbenciais, sem o sacrifício do meu sustento e das pessoas por quem sou responsável.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade por estas declarações, com fulcro no artigo 99, § 3º, do CPC e, sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

São Paulo, ____ de _____ de 2019.

Assinatura Nome

completo
